



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE POST - GRADO

Frecuencia y características clínicas de la coexistencia del trastorno obsesivo-compulsivo o síntomas obsesivo-compulsivos en adolescentes con diagnóstico de esquizofrenia, atendidos en la DEIDAE de Niños y Adolescentes del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" en el periodo enero, 2005 enero 2010

Trabajo de Investigación

Para optar el Título de Especialista en Psiquiatría

AUTOR

Edgar René Vásquez Dextre

**LIMA – PERÚ
2012**

DEDICATORIA:

*A MIS PADRES,
GRACIAS A SU ESFUERZO
SOY QUIEN SOY*

*AL DR. JOSE VALVERDE,
MAESTRO Y AMIGO,
GRACIAS POR SU APOYO.*

INDICE

RESUMEN.....	1
I.- INTRODUCCION.....	2
II.- ANTECEDENTES.....	5
III.- MARCO TEORICO.....	8
IV.- OBEJTIVOS.....	13
V.- DISEÑO METODOLOGICO.....	14
V.1.- Tipo de estudio	14
V.2.- Población y muestra.....	14
V.3.- Criterios de inclusión y exclusión.....	14
V.4.- Tipo de muestreo.....	15
V.5.- Operacionalizacion de variables.....	15
V.6.- Procedimiento de recolección de datos.....	17
V.7.- Instrumento a utilizar.....	17
V.8.- Aspectos éticos.....	17
VI.- PROCEDIMIENTO DE ANALISIS DE RESULTADOS.....	18
VII.- RESULTADOS.....	18
VIII.- DISCUSION.....	23
IX.- CONCLUSIONES.....	24
X.- RECOMENDACIONES.....	24
XI.- BIBLIOGRAFIA.....	25
ANEXOS.....	28

Frecuencia y características clínicas de la coexistencia del trastorno obsesivo-compulsivo o síntomas obsesivo-compulsivos en adolescentes con diagnóstico de esquizofrenia, atendidos en la DEIDAE de Niños y Adolescentes del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” en el periodo enero, 2005-enero, 2010.

AUTOR: Edgar René Vásquez Dextre.

ASESOR: Dr. José Valverde Cárdenas.

RESUMEN.

Introducción: Se desea determinar cuál es la frecuencia, características clínicas y socio-demográficas de la coexistencia del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) o síntomas obsesivo-compulsivos (SOC) en adolescentes con diagnóstico de esquizofrenia.

Método: Se revisaron todas las historias clínicas de pacientes adolescentes, entre 12-17 años, atendidos en la DEIDAE de Niños y Adolescentes del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” con un diagnóstico de esquizofrenia durante el periodo Enero, 2005-Enero, 2010, de 110 historias con diagnóstico de esquizofrenia se obtuvo 14 historias clínicas que presentaban SOC o cumplían criterios de TOC. Los datos de estas 14 historias clínicas fueron recolectados usando la ficha de recolección de datos elaborada por el autor.

Resultados: Se obtuvo una frecuencia de la coexistencia de TOC o SOC en adolescentes con esquizofrenia del 13%. En los pacientes que presentaron TOC, este se presentó junto al cuadro de esquizofrenia. En los pacientes que presentaron SOC estos síntomas se presentaron después del cuadro de esquizofrenia. La obsesión más frecuente fue la de contaminación y la compulsión más frecuente fue la de limpieza. Más del 50% de los pacientes no estudiaba ni trabajaba.

Conclusiones: La frecuencia de la coexistencia de TOC o SOC en adolescentes con esquizofrenia es alta y comparable con otros estudios antes realizados.

Palabras claves: *Adolescentes, esquizofrenia, trastorno obsesivo-compulsivo, síntomas obsesivo-compulsivos.*

I.- INTRODUCCION.

La esquizofrenia es un complejo desorden caracterizado por síntomas positivos, negativos, afectivos y déficits cognitivos, afecta alrededor del 1% de la población²⁰. El estudio multicentrico ECA indico que la prevalencia a lo largo de la vida de la esquizofrenia era entre un 0.6% a un 1.9%²⁰. Según el DSM-IV, la incidencia anual de esquizofrenia oscila entre un 0.5-5% por cada 10,000 personas con algunas variaciones geograficas²¹. En el Perú el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” (INSM), en sus estudios epidemiológicos realizados desde el 2002; informa que la prevalencia de vida de los trastornos psicóticos en la población adulta es de alrededor del 1%, 0.3% y 0.2% en la ciudad de Lima, ciudades de la Sierra y ciudades de la Selva, respectivamente^{22, 23,24}. En cuanto a datos sobre adolescentes los mismos estudios epidemiológicos informan sobre una prevalencia actual de los trastornos psicóticos del 1.8%, 1.5% y 0.3%; para la ciudad de Lima, ciudades de la Sierra y ciudades de la Selva, respectivamente^{22, 23,24}. La esquizofrenia se puede encontrar en todas las sociedades y zonas geográficas, y sus tasas de incidencia y prevalencia son más o menos los mismos en todo el mundo²⁰. Las tasas del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) son bastante consistentes, con una estimación de la prevalencia a lo largo de la vida en la población general del 2-3% y algunos investigadores han estimado que este trastorno se observa hasta en el 10% de los pacientes ambulatorios²⁰. En el Perú, los estudios epidemiológicos del INSM, informan que la prevalencia de vida del TOC en adultos es del 1.6%, 0.4% y 0.2% en la ciudad de Lima, en ciudades de la Sierra y en las ciudades de la Selva, respectivamente^{22, 23,24}. Estas cifras sobre TOC en nuestro país difieren de manera importante de las cifras obtenidas en otras realidades, lo que podría deberse a subregistros de esta patología. Estos estudios epidemiológicos no brindan datos sobre TOC en población adolescente ni tampoco datos sobre la asociación entre esquizofrenia y TOC en ningún grupo etareo. Esto convierte al trastorno obsesivo-compulsivo en el cuarto diagnóstico psiquiátrico más frecuente, después de las fobias, consumo de sustancias y la depresión mayor²⁰.

Los síntomas obsesivo-compulsivos y el trastorno obsesivo-compulsivo han sido largamente reconocidos que coexisten con la esquizofrenia y de hecho, fueron identificados en pacientes con este trastorno antes de la introducción del DSM-IV¹ y se sabe que la prevalencia de este fenómeno varía entre 10-15%⁸.

La esquizofrenia y el TOC difieren en su patogénesis, presentación clínica y tratamiento. Sin embargo, comparten algunas características demográficas y clínicas así como ciertos aspectos fisiopatológicos. Ambos son condiciones crónicas con fluctuaciones en la severidad de sus síntomas, el riesgo a lo largo de la vida es alrededor del 1% para la esquizofrenia y del 2-3% para el TOC. La esquizofrenia y el TOC, afectan hombres y mujeres en igualdad y tienen similar edad de inicio pero con una tendencia a edades más

tempranas para el TOC. Hay también una importante superposición entre la esquizofrenia y el TOC en las alteraciones estructurales y funcionales del cerebro: la corteza cingulada prefrontal y anterior, núcleo caudado y el tálamo, tienen consistente implicancia en ambos trastornos; así como los sistemas de neurotransmisores de dopamina y serotonina¹.

No es sorprendente que el TOC ocurra en muchos pacientes con esquizofrenia. Se estima que los índices de ocurrencia del fenómeno obsesivo-compulsivo en la esquizofrenia varía sustancialmente (entre 3.8-59.2%), dependiendo de la particular definición usada de los síntomas obsesivo-compulsivos (TOC vs. SOC), la población estudiada (ambulatorios vs. hospitalizados) y la fase de la enfermedad esquizofrénica (primera admisión y estadios crónicos)¹. El estudio multicéntrico de ECA en 1988 reportó que la comorbilidad de TOC con esquizofrenia fue de 12.2% y de TOC con trastorno esquizofreniforme fue de 1.3%⁸. Comparados con los pacientes esquizofrénicos sin TOC, los pacientes adultos esquizofrénicos con TOC están caracterizados generalmente por un menor nivel de funcionamiento, pronóstico menos favorable y déficits neuro-cognitivos más complejos². La presencia de TOC en esquizofrénicos adultos se asocia a la presencia de otros trastornos relacionados al espectro obsesivo-compulsivo (trastorno dismórfico corporal y trastornos por tics, principalmente) en los afectados y sus familiares de primer orden³. La eficacia de la medicación antiobsesiva en la comorbilidad que estudia este trabajo, provee de mayor soporte para la fundamentación teórica de esta coexistencia clínica.

En adolescentes alrededor del 25% de pacientes esquizofrénicos también tienen TOC, sin embargo, la comprensión de las características clínicas de este subgrupo aun es pobre.² Comparado con sus homólogos esquizofrénicos sin TOC, los adolescentes esquizo-obsesivos tienen una edad de inicio más temprana de los síntomas esquizofrénicos, mas trastornos del espectro obsesivo-compulsivo y requieren la adición de Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) al régimen antipsicótico⁴. Este patrón de modificación de las características clínicas y farmacoterapia de la esquizofrenia producido por el TOC, es comparable con lo encontrado en adultos; lo que postula una continuidad clínica en las formas de esquizofrenia con TOC de inicio en adolescentes y adultos⁴. Estos estudios otorgan evidencia de que la prevalencia de ocurrencia de SOC/TOC en pacientes con esquizofrenia es considerablemente más alta que en la población en general (2-3%)¹.

El fenómeno esquizo-obsesivo se presenta frecuentemente en la práctica clínica, aunque no siempre se reconoce⁸. Un problema en la identificación del fenómeno obsesivo-compulsivo en la esquizofrenia es la diferenciación de la obsesión de las delusiones y/o de los trastornos formales del pensamiento, y de las compulsiones de los manierismos y

conductas estereotipadas de los esquizofrénicos¹. En la realidad clínica las delusiones y obsesiones se superponen, pacientes con TOC puro pueden exhibir variedad de grados de conciencia de enfermedad, con un 10-36% que muestra una pobre conciencia¹. Sin embargo, estudios recientes (Poyurovsky, 2007) muestra que la mayoría de su población estudiada (48 de 57), exhibían una buena o aceptable conciencia de sus SOC; estos hallazgos soportan la noción de que los SOC en los esquizofrénicos adultos representan una dimensión psicopatológica identificable en forma independiente de los síntomas fundamentales de la esquizofrenia. En otro estudio del mismo autor y en el mismo año, mostro que la mayoría de su población de adolescentes estudiada (19 de 22) exhibió una buena o aceptable conciencia de sus SOC, esto soporta también la noción que el TOC en adolescentes esquizofrénicos representa una dimensión psicopatológica identificable en forma independiente de los síntomas fundamentales de la esquizofrenia⁴.

Dentro de este marco es considerable la evidencia que sugiere que la esquizofrenia con SOC/TOC tiene características clínicas únicas (una combinación de esquizofrenia y SOC), presentan dificultades diagnósticas y de manejo, distinta respuesta al tratamiento (limitada eficacia con antipsicóticos típicos y respuesta favorable cuando se asocia ISRS), la gran mayoría no responde al tratamiento farmacológico, y los que mejoran, lo hacen en menor grado que aquellos con “diagnósticos puros” y un relativo peor pronóstico (requieren hospitalizaciones crónicas)^{1,6,8}. Además en muchos estudios se han encontrado una alta comorbilidad con trastornos del espectro obsesivo-compulsivo^{1, 3} y síntomas como depresión, ansiedad e ideación suicida^{5, 7,11}. Otro componente, quizás el más importante, es el efecto que esta asociación cause en el funcionamiento global ya que los pacientes esquizofrénicos con SOC/TOC tienen pobres resultados, déficits de conductas sociales más severas y menor funcionamiento¹². De hecho los pacientes con esquizofrenia y TOC tienen significativamente más hostilidad social, son más afectados por la ansiedad como es reflejado en el alto número de ataques de pánico y fobias asociadas a situaciones particulares y comparados con los pacientes sin TOC, los esquizo-obsesivos demuestran más conductas que impiden el progreso en su tratamiento (consumo de cigarrillos, problemas de conducta alimentaria, problemas del sueño); esto da como resultado menor capacidad de autocuidado , más demanda de atención y mayor ideación y conducta suicida⁶.

El significado descriptivo de la coexistencia de síntomas obsesivos y psicóticos -que a simple vista parecen mutuamente excluyentes- es de crucial interés para entender este fenómeno clínico⁸. Los resultados de los estudios publicados hasta el momento reportan que los pacientes con coexistencia de síntomas obsesivos y psicóticos presentan síntomas más severos, responden menos al tratamiento y su pronóstico es peor⁸. En nuestra realidad y a nivel de Latinoamérica, no se han realizado estudios que describan las

características de esta asociación (esquizofrenia y TOC) en población adolescente. Teniendo en cuenta que la esquizofrenia es un problema prioritario de salud mental, por los costos del tratamiento, por el nivel de incapacidad que ocasiona la enfermedad y por el deterioro que produce en la calidad de vida del paciente y si a esta situación añadimos la presencia de una comorbilidad entre esquizofrenia y SOC/TOC que afecta en forma negativa el curso, la clínica, el tratamiento y el pronóstico del paciente, concluimos que el estudio y la descripción de las características de esta comorbilidad será de valiosa utilidad para un mejor conocimiento de los factores antes mencionados así como de utilidad en el diagnóstico y manejo de adolescentes con esquizofrenia y SOC/TOC. Además, al ser este el primer estudio sobre esta comorbilidad en nuestra realidad, consideramos que será un elemento útil para posteriores estudios que permitan continuar aclarando esta compleja asociación. Por lo expuesto, nos planteamos la siguiente pregunta:

¿CUAL ES LA FRECUENCIA Y CUALES SON LAS CARACTERISTICAS CLINICAS DE LA COEXISTENCIA DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO O SINTOMAS OBSESIVO-COMPULSIVOS EN ADOLESCENTES CON DIAGNOSTICO DE ESQUIZOFRENIA, ATENDIDOS EN LA DEIDAE DE NIÑOS Y ADOLESCENTES DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL “HONORIO DELGADO-HIDEYO NOGUCHI” EN EL PERIODO ENERO, 2005-ENERO, 2010?

II.- ANTECEDENTES.

Desde principios del siglo pasado se observó la coexistencia de síntomas obsesivos y psicóticos. Existen enfoques que parten de pacientes psicóticos con síntomas obsesivo-compulsivos, o bien de pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo que en algún momento, durante el curso de su trastorno, presentan síntomas psicóticos⁸.

Hwang y Opler, revisaron la bibliografía sobre esquizofrenia y el fenómeno obsesivo-compulsivo, afirman que este fenómeno se observó desde las descripciones de la Demencia Precoz, que ahora conocemos como esquizofrenia⁸. Bleuler, consideraba que los síntomas obsesivos eran un pródromo o parte integral de lo que llamaba Demencia Precoz⁸. Estudios iniciales de prevalencia sobre la coexistencia de síntomas obsesivos y psicóticos como los de Jahrreis en 1926 y Rosen en 1957 reportaron 1.1 y 3.5% de sus muestras respectivamente⁸. El estudio multicéntrico ECA, reportó que la comorbilidad de TOC con esquizofrenia fue de 12.2%⁸.

Estudios conducidos dentro de los últimos 30 años muestran que los índices de prevalencia de SOC en pacientes esquizofrénicos son entre 10 al 52% y los índices de pacientes esquizofrénicos con TOC son entre 7.8 y 36%⁷. Poyurovsky y colaboradores en el 2001 encontraron que de 50 pacientes hospitalizados con un primer episodio psicótico

que cumplían criterios del DSM-IV para esquizofrenia, el 14%, también cumplían criterios del DSM-IV para TOC⁹; los mismos investigadores en el 2001, encontraron entre 68 pacientes esquizofrénicos crónicos hospitalizados que el 23.5% cumplían criterios del DSM-IV para TOC⁶. Byerly y col. en el 2005, de 101 pacientes con esquizofrenia y Trastorno esquizoafectivo, encontraron que 30% exhibieron dos o más SOC y 23% cumplía criterios DSM-IV para TOC¹³. En cuanto a la prevalencia en pacientes adolescentes esquizofrénicos, Nechmad y col. en el 2003 reportan que de 54 pacientes que cumplían criterios del DSM-IV para esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo, el 26% cumplía también criterios para TOC¹⁴. Rable-Jabonska y col. en el 2001, de un total de 200 pacientes adolescentes con esquizofrenia, reportaron que el 13% también cumplían criterios DSM-IV para TOC, síntomas primarios de TOC antes de la esquizofrenia fueron notados en el 2.0% de pacientes, TOC junto con esquizofrenia en el 4.5% de los pacientes

16.

En cuanto a la asociación temporal entre los síntomas obsesivos-compulsivos y los síntomas esquizofrénicos, en aproximadamente la mitad de los pacientes esquizo-obsesivos estudiados el inicio de los SOC precedían el inicio de la esquizofrenia, en el resto los SOC sucedían después de los síntomas esquizofrénicos o aparecían simultáneamente¹.

Poyurovsky y col. en el 2003, reportaron que el grupo de pacientes esquizo-obsesivos tenían un inicio más temprano de la esquizofrenia y una duración más larga de la enfermedad, comparado con el grupo sin TOC³. Byerly y col. en el 2005, encontraron que el inicio de los SOC ocurrió en mayor proporción después del inicio de los síntomas psicóticos¹³ y Masayuky Ohta y col. reportaron que el inicio de los SOC precedió, en la mayor parte de los estudiados, al inicio de la esquizofrenia¹⁸. En cuanto a los pacientes adolescentes Poyurovsky y col. observaron en su estudio realizado en el 2006, que el mayor porcentaje (76%) de los SOC precedieron o co-ocurrieron con el inicio de la esquizofrenia y más de la mitad de los pacientes en que los SOC precedieron al inicio de la esquizofrenia fueron diagnosticados como TOC puros². Faragian y col. encontraron que la edad de inicio de la esquizofrenia fue significativamente más temprana y el tiempo de duración de la enfermedad fue más largo en el grupo de adolescentes esquizofrénicos con TOC⁴.

En cuanto a los efectos de los SOC en los síntomas esquizofrénicos no es claro, algunos grupos reportaban una menor severidad de delusiones y trastornos formales del pensamiento en pacientes con primer episodio⁹, otros estudios no encontraban diferencias y otros encontraban mayor severidad en los síntomas positivos en pacientes crónicos¹. Poyurovsky y col. en el 2001, encontraron una pobre correlación entre los SOC y los síntomas positivos, negativos y síntomas de desorganización en la esquizofrenia en

base a lo medido por las escalas utilizadas (Y-BOCS, SAPS, SANS)⁶. Byerly y col. reportaron que no hubo diferencias significativas entre lo encontrado para cualquiera de los síntomas evaluados por la escala del PANSS ni para la calidad de vida¹³. Sevincok y col. en el 2006, no reportaron correlación entre la duración de la enfermedad y el puntaje total de la escala de Y-BOCS, no encontraron tampoco correlación entre el puntaje total de la escala de Y-BOCS y los puntajes totales de las escalas de SAPS y SANS¹⁰. En cuanto a lo investigado en adolescentes, Poyurovsky y col. en el 2006 encontraron que no había correlación entre las obsesiones y compulsiones medidas por la escala de Y-BOCS y los síntomas positivos, negativos y de desorganización evaluados por las escalas de SAPS/SANS². Nechmad y col. en el 2003, no encontraron diferencias en los puntajes totales las escalas del SAPS y del SANS; sin embargo, los adolescentes esquizofrénicos con TOC tenían puntajes más altos en el SANS en las subescalas de embotamiento y aplanamiento afectivo en comparación a los que no tenían TOC, y dentro del grupo de los adolescentes esquizofrénicos con TOC el puntaje de la escala de Y-BOCS muestra una correlación positiva con el puntaje total de la escala del SANS pero no con el total de la escala del SAPS¹⁴.

En cuanto a los tipos de obsesiones y compulsiones reportadas, existe una similitud entre los SOC de pacientes esquizofrénicos con TOC y paciente con TOC puro¹. Las obsesiones mas prevalentes reportadas son de agresividad, relacionados a la contaminación, somáticas y obsesiones sexuales, las compulsiones mas prevalentes son de lavado y limpieza, conteo, orden y organización¹. Poyurovsky y col. en el 2001, encontraron que las obsesiones más frecuentes fueron el miedo a autodañarse o hacer daño a otras personas y el miedo a contaminarse, y a las compulsiones más frecuentes fueron las de lavado, limpieza y los rituales de aseguramiento⁶. Sevincok y col. encontraron que las mas prevalentes obsesiones fueron de agresividad y contaminación seguido de obsesiones religiosas, en cuanto a las compulsiones las más frecuentes fueron las conductas ritualizadas, conteo, seguido de lavado y limpieza¹⁰. En cuanto a los adolescentes Poyurovsky y col. en el 2006, encontraron que las obsesiones más frecuentes fueron de contaminación, simetría y agresión, y las compulsiones más frecuentes fueron de chequeo, lavado y ordenamiento y organización². Faragian y col. en el 2007, reportaron que las más frecuentes obsesiones encontradas fueron de contaminación, agresividad y somáticas; en cuanto las compulsiones más frecuentes fueron de chequeo, lavado y rituales de repeticion⁴.

En cuanto a la comorbilidad presente en esta asociación, Poyurovsky y col. en una investigación cuyo objetivo fue el de determinar la coexistencia de otros desordenes en los pacientes esquizofrénico con TOC, informaron índices altos de prevalencia de trastorno del espectro obsesivo-compulsivo (trastorno dismorfico corporal y trastornos

por tics), no hubo diferencias significativas en cuanto a otros trastornos como ansiedad, trastornos afectivos y abuso de sustancias³. En la población adolescente Poyurovsky y col. en el 2006, reportaron que los pacientes adolescentes esquizofrénicos con TOC tenían más trastornos del espectro obsesivo-compulsivo, no hubo diferencias significativas en cuanto a los índices de depresión mayor, ansiedad y abuso de sustancias².

Inicialmente los SOC fueron considerados como un indicador pronóstico positivo pues protegía de la desintegración de la personalidad y del curso maligno de la enfermedad¹. Fenton y Mc Glashan en 1986 y luego Berman y col. en 1998, cambiaron esa visión positiva encontrando un pobre pronóstico en pacientes esquizofrénicos con TOC¹. En recientes estudios los pacientes esquizofrénicos con TOC son reportados con mayores disturbios clínicos, aislamiento social y resistencia al tratamiento que los pacientes esquizofrénicos sin TOC¹⁸. En pacientes adolescentes estos hallazgos no han podido ser reproducidos.

En el aspecto terapéutico, muchos pacientes esquizofrénicos con TOC fueron tratados con la adición de un ISRS a los agentes antipsicóticos². La monoterapia con antipsicóticos típicos es generalmente inefectiva en este subtipo de pacientes². La adición de ISRS a los antipsicóticos típicos y atípicos en pacientes esquizofrénicos con TOC parece ser eficaz durante la remisión de la esquizofrenia pero parece perjudicial en las exacerbaciones psicóticas, sin embargo la evidencia es pobre².

III.- MARCO TEORICO.

III.1.- ESQUIZOFRENIA.

La esquizofrenia es un trastorno psicótico de etiología desconocida y presentaciones divergentes. Se caracteriza por síntomas positivos y negativos. A pesar de no ser un trastorno cognitivo, la esquizofrenia provoca un deterioro cognitivo, y los síntomas de la esquizofrenia afectan adversamente el pensamiento, los sentimientos, el comportamiento y el funcionamiento social y laboral²⁰. Esta enfermedad es habitualmente crónica, con una evolución que abarca una fase prodrómica, una fase activa y una fase residual. Se ha establecido firmemente que la esquizofrenia es un trastorno cerebral, con alteraciones estructurales y funcionales visibles en estudios de neuroimágenes y un componente genético, observable en estudio de mellizos²⁰. La prevalencia a lo largo de la vida es de aproximadamente 1-1.5%. Es más frecuente entre los 15 y 35 años (el 50% por debajo de los 25 años). Raramente se presenta antes de los 10 años y después de los 40 años, el comienzo es más temprano en hombres que en mujeres²⁰. Los síntomas positivos parecen reflejar un exceso o distorsión de las funciones normales, mientras que los síntomas

negativos parecen reflejar una disminución o pérdida de las funciones normales²¹. Los síntomas positivos incluyen distorsiones o exageraciones del pensamiento inferencial (ideas delirantes), la percepción (alucinaciones), el lenguaje y la comunicación (lenguaje desorganizado), y la organización comportamental (comportamiento gravemente desorganizado o catatónico)²¹. Estos síntomas positivos incluyen dos dimensiones distintas, que, a su vez, pueden estar relacionadas con mecanismos neurales subyacentes y correlaciones clínicas diferentes: la «dimensión psicótica» incluye ideas delirantes y alucinaciones, mientras que la «dimensión de desorganización» incluye el comportamiento y el lenguaje desorganizados²¹. Los síntomas negativos comprenden restricciones del ámbito y la intensidad de la expresión emocional (aplanamiento afectivo), de la fluidez y la productividad del pensamiento y el lenguaje (alogia), y del inicio del comportamiento dirigido a un objetivo (abulia)²¹.

La esquizofrenia suele ser precedida por síntomas prodrómicos de ansiedad, perplejidad, terror o depresión que pueden ser agudos o graduales. Los síntomas prodrómicos pueden estar presentes durante meses antes de arribar al diagnóstico definitivo²⁰. Por lo general comienza en los últimos años de la adolescencia y los primeros de la tercera década de la vida y suele presentarse más tardíamente en mujeres que en hombres. La evolución clásica de la enfermedad es el deterioro a lo largo del tiempo, con exacerbaciones agudas sobreagregadas a un cuadro crónico²⁰. La vulnerabilidad al estrés es de por vida. Puede haber episodios depresivos postpsicóticos en la fase residual²⁰. Durante el curso de la enfermedad, los síntomas psicóticos positivos más floridos, como delirios muy peculiares y alucinaciones, tienden a hacerse menos intensos, mientras que pueden aumentar los síntomas negativos más residuales, como falta de higiene, respuesta emocional aplanada y diversas peculiaridades del comportamiento²⁰. En términos de pronóstico global, algunos investigadores postularon una flexible de tercios: aproximadamente un tercio lleva una vida hasta cierto punto normal, un tercio continua con síntomas significativos, pero puede desempeñarse dentro de la sociedad y el tercio restante presenta deterioro notorio y requiere internamientos frecuentes²⁰. Alrededor del 10% de este último grupo necesita permanencia a largo plazo en una institución psiquiátrica²⁰.

La atención clínica del paciente esquizofrénico puede incluir hospitalización y medicación antipsicóticas, además de tratamientos a psicosociales y de rehabilitación²⁰. Los antipsicóticos incluyen los típicos (antagonistas de receptores dopaminérgicos) y los atípicos (antagonistas de la serotonina-dopamina)²⁰.

III.2.- TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO.

El trastorno Obsesivo-Compulsivo está representado por un grupo de diversos síntomas que consisten en pensamientos intrusivos, rituales, preocupaciones y compulsiones²⁰. Estas obsesiones y compulsiones recurrentes causan una angustia grave al individuo e interfieren significativamente con la rutina normal del individuo, su función laboral, las actividades sociales habituales o las relaciones. Las tasas de TOC son bastante consistentes, con una estimación de la prevalencia a lo largo de la vida en la población del 2-3%²⁰. Algunos investigadores han estimado que el trastorno se observa hasta en el 10% de los pacientes ambulatorios en las clínicas psiquiátricas²⁰. La edad media de inicio se aproxima a los 20 años aunque en varones la edad de inicio es ligeramente inferior a la de las mujeres²⁰. En más de la mitad de los pacientes con TOC, los síntomas aparecen súbitamente²⁰. Estos se inician aproximadamente en el 50-70% de los pacientes tras un acontecimiento estresante, como una gestación, un problema sexual o la muerte de un familiar²⁰. Puesto que muchos pacientes se las arreglan para mantener sus síntomas en secreto, con frecuencia pasan de 5-10 años antes de que soliciten atención psiquiátrica²⁰. La evolución es habitualmente larga, aunque variable; algunos pacientes experimentan una de carácter fluctuante y otros, constante²⁰. En alrededor del 20-30% de los pacientes, los síntomas mejoran significativamente, y en aproximadamente el 40-50%, la mejoría es moderada²⁰.

Los estudios bien controlados han demostrado que el tratamiento farmacológico, la terapia conductual o una combinación de ambos son efectivos para reducir significativamente los síntomas de los pacientes con TOC²⁰. El tratamiento con antidepresivos aun es discutible y parece que una proporción significativa de pacientes con TOC que responden al tratamiento recaen si se interrumpe el tratamiento farmacológico²⁰. La estrategia estándar consiste en iniciar el tratamiento con un ISRS o clomipramina y posteriormente pasar a otras estrategias farmacológicas si los serotoninérgicos no son específicos²⁰.

III.3.- CONCEPTUALIZACIONES SOBRE EL FENOMENO ESQUIZO-OBSESIVO.

El término *esquizo-obsesivo* fue introducido en la literatura de la especialidad por Hwang y Hollander en 1993 para describir no sólo a pacientes esquizofrénicos con SOC sino también a pacientes TOC graves con ideación sobrevalorada y rasgos esquizotípicos de la personalidad¹⁵. Aunque existe controversia respecto de la definición del fenómeno

esquizo-obsesivo, una extensa revisión realizada por Loyzaga y col. publicada en el 2002 propone la siguiente definición: “fenómeno clínico heterogéneo caracterizado por la coexistencia temporal de síntomas obsesivos y psicóticos en un paciente”⁸.

Un reto desde hace mucho tiempo para los investigadores y los clínicos es la dificultad para diferenciar una obsesión de una delusion cuando estos síntomas coexisten¹⁷. Rose, propone que los síntomas psicóticos y las delusiones están relacionadas y que las obsesiones podrían transformarse en ideas delirantes¹⁷. De hecho, en el Manual de Diagnóstico y Estadísticas de los Trastornos Mentales IV edición, se permite el diagnóstico de TOC con la especificación «con pobre insight»¹⁷. Esto plantea dificultad para diferenciar una obsesión con pobre insight de una delusion, teniendo en cuenta que el TOC ha sido tradicionalmente distinguido de los trastornos psicóticos en base al reconocimiento individual de que las obsesiones y compulsiones son extrañas (egodistonia)¹⁷. Kozac y Foa refieren que las distinciones entre obsesiones, delusiones e ideas sobrevaloradas no son suficientemente claras para ser de utilidad diagnóstica¹⁷. A pesar de estos problemas diagnósticos, investigadores contemporáneos han tomado varias medidas para definir claramente los síntomas, estandarizar los criterios diagnósticos y realizar protocolos más estrictos¹⁷. Tales medidas incluyen: la administración de escalas diagnósticas estandarizadas para evaluar en forma sistemática y objetiva los síntomas, la estratificación de poblaciones de acuerdo a las fases de la enfermedad, el uso de grupos controles apareados por edad y diseños metodológicos con estudios transversales y la exclusión de pacientes cuyo contenido obsesivo este exclusivamente relacionado con la temática psicótica¹⁷. Las medidas deberían buscar reducir los sesgos diagnósticos, mitigar las variables de confusión y en consecuencia mejorar la precisión diagnóstica¹⁷. Ante esta dificultad, Bottas y col. en su investigación plantearon las siguientes sugerencias para identificar SOC en la presencia de psicosis:

- 1.- Los tipos de obsesiones y compulsiones observados en la esquizofrenia son fenomenológicamente similares a los presentes en los TOC puros, como se describen en el DSM-IV.
- 2.- Una repetición de actos debería ser considerado una compulsión solo si ocurre en respuesta a una obsesión y no si ocurre en respuesta a una ideación psicótica.
- 3.- Un recurrente, intrusivo y egodistónico pensamiento no debería ser considerado una obsesión si se desenvuelve exclusivamente alrededor de un tema delusional (por ej. imágenes violentas que constituyen un tipo común de obsesiones en el TOC, podrían representar una entidad fenomenológica enteramente diferente del contexto de una psicosis). En la fase psicótica aguda podría ser necesario excluir cuestionables obsesiones y evaluar de nuevo después que los síntomas psicóticos se han estabilizado.

- 4.- Los SOC podrían ser difíciles de distinguir en la presencia de trastornos formales del pensamiento, sería necesario reevaluar cuando el pensamiento se haya normalizado.
- 5.- La lentitud primaria de las obsesiones podría ser confundido con pródromos de esquizofrenia o trastornos del pensamiento, tales pacientes podrían no ser capaces de articular ninguna obsesión y podrían no exhibir sus compulsiones.
- 6.- A veces podría no ser posible determinar si los aparentes SOC en presencia de psicosis representan SOC reales, en tales casos el tratamiento empírico con antipsicóticos e ISRS podría ser necesario.

Toro Martínez¹⁵, en una extensa revisión acerca de la esquizofrenia esquizo-obsesiva propone subtipos sindrómicos que no han demostrados validez pero sin embargo pueden ser de utilidad como patentes sindrómicas a tener en cuenta cuando esta situación clínica se presente:

- 1.- Esquizofrenia esquizo-obsesiva Tipo I: en la cual coexisten las manifestaciones de la ESQ junto al TOC (ambos alcanzando los umbrales diagnósticos del DSM-IV), en donde ambos conglomerados sintomáticos son independientes y no guardan interrelación alguna. En más de la mitad de los casos los SOC preceden a la aparición de los síntomas francos de la psicosis. Al respecto Bottas y cols. proponen lo anteriormente mencionado.
- 2.- Esquizofrenia esquizo-obsesiva tipo II: en éstos, además de la presencia de SOC que reúnan criterios para TOC existen otros SOC que interactúan con los síntomas psicóticos. No se trata de una situación clínica de conversión de lo obsesivo en delirante, sino que los SOC se imbrican con lo delirante hasta su remisión en donde desaparecen. Durante la fase de descompensación puede sobrevalorarse la idea obsesiva. Es más frecuente que los SOC aparezcan luego de iniciado el brote. El abordaje farmacológico es similar al anterior. Ambos subtipos presentan comorbilidad con el espectro del TOC (especialmente dismorfia, tics), conservan el insight acerca de la naturaleza mórbida de los SOC, pueden presentar mayor vulnerabilidad a los efectos extrapiramidales de la medicación y presentar mayor severidad de síntomas psicóticos.
- 3.- Esquizofrenia esquizo-obsesiva tipo III: en ésta los SOC ingresan en el entramado delirante, y tras la remisión de éstos, persisten. Son los SOC “intrapsicóticos” de Fabisch.
- 4.- Esquizofrenia esquizo-obsesiva tipo IV: aquí se padece un complejo alucinatorio o delirante que adopta desde lo formal la cualidad de lo reiterativo y estresante pero en su contenido es delirante. Porto y cols. denominan a esto “delirios obsesivos”. Los pacientes no tienen insight sobre la naturaleza mórbida del fenómeno.
- 5.- - Esquizofrenia esquizo-obsesiva tipo V: son los pacientes ESQ en los que el tratamiento con los antipsicóticos atípicos desencadenó la aparición de novo o la reemergencia de SOC.

IV.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

IV.1.- Objetivo General:

- Determinar cuál es la frecuencia, características clínicas y socio-demográficas de la coexistencia del Trastorno obsesivo-compulsivo o Síntomas obsesivo-compulsivos en adolescentes con diagnóstico de esquizofrenia, atendidos en la DEIDAE de Niños y Adolescentes del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”.

IV.2.- Objetivos específicos:

- Establecer la frecuencia del Trastorno obsesivo-compulsivo o Síntomas obsesivo-compulsivos en adolescentes esquizofrénicos, atendidos en la DEIDAE de Niños y Adolescentes del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”, usando los criterios diagnósticos establecidos por el CIE-10 y codificados en las historias clínicas de acuerdo al CIE-10.
- Establecer las características socio-demográficas de la coexistencia del Trastorno obsesivo-compulsivo o Síntomas obsesivo-compulsivos en adolescentes con diagnóstico de esquizofrenia, atendidos en la DEIDAE de Niños y Adolescentes del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”.
- Determinar la relación temporal entre el Trastorno obsesivo-compulsivo o Síntomas obsesivo-compulsivos en adolescentes con diagnóstico de esquizofrenia, atendidos en la DEIDAE de Niños y Adolescentes del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”.
- Determinar cuáles son las obsesiones y compulsiones más frecuentes en adolescentes con diagnóstico de esquizofrenia y Trastorno obsesivo-compulsivo o Síntomas obsesivo-compulsivos, atendidos en la DEIDAE de Niños y Adolescentes del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”.
- Determinar cuál es el funcionamiento social de los adolescentes con diagnóstico de esquizofrenia y Trastorno obsesivo-compulsivo o Síntomas obsesivo-compulsivos, atendidos en la DEIDAE de Niños y Adolescentes del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”.

V.- DISEÑO METODOLOGICO.

V.1.- Tipo de estudio.

Se trata de una investigación de tipo: **Cuantitativa.**

- Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información: **Retrospectivo.**
- Según el periodo y secuencia del estudio: **Transversal, Observacional.**
- Según el análisis y alcance de los resultados: **Descriptivo.**

V.2.-Población y muestra.

Población: Todas las historias clínicas de pacientes adolescentes, entre 12-17 años, atendidos en la DEIDAE de Niños y Adolescentes del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” con un diagnostico de esquizofrenia y coexistencia del Trastorno obsesivo-compulsivo o Síntomas obsesivo-compulsivos, durante el periodo Enero, 2005-Enero, 2010.

Población Blanco: Todas las historias clínicas de pacientes adolescentes, entre 12-17 años, con un diagnostico de esquizofrenia y coexistencia del Trastorno obsesivo-compulsivo o Síntomas obsesivo-compulsivos.

Población Muestral: Todas las historias clínicas de pacientes adolescentes, entre 12-17 años, atendidos en la DEIDAE de Niños y Adolescentes del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” con un diagnostico de esquizofrenia y coexistencia del Trastorno obsesivo-compulsivo o Síntomas obsesivo-compulsivos.

Unidad de observación: Historia clínica de un paciente adolescente, entre 12-17 años, atendido en la DEIDAE de Niños y Adolescentes del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” con un diagnostico de esquizofrenia y coexistencia del Trastorno obsesivo-compulsivo o Síntomas obsesivo-compulsivos.

Unidad de análisis: Historia clínica de un paciente adolescente, entre 12-17 años, con un diagnostico de esquizofrenia y coexistencia del Trastorno obsesivo-compulsivo o Síntomas obsesivo-compulsivos.

V.3.- Criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- Todas las historias clínicas de pacientes adolescentes con diagnóstico de esquizofrenia y coexistencia de Trastorno obsesivo-compulsivo o Síntomas obsesivo-compulsivos atendidos en la DEIDAE de Niños y Adolescentes del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”.

Criterios de exclusión:

- Todas las historia clínicas de pacientes adolescentes con diagnóstico de esquizofrenia y coexistencia de trastorno obsesivo-compulsivo o síntomas obsesivo-compulsivos atendidos en la DEIDAE de Niños y Adolescentes del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” , que además tengan otras comorbilidades físicas y/o psiquiátricas.
- Todas las historia clínicas de pacientes adolescentes con diagnóstico de esquizofrenia y coexistencia de trastorno obsesivo-compulsivo o síntomas obsesivo-compulsivos atendidos en la DEIDAE de Niños y Adolescentes del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” , que por la ilegibilidad de la escritura no permita obtener a cabalidad los datos necesarios.

V.4.- Tipo de muestreo.

El tipo de muestreo fue intencionado, se tomaron todas las historias clínicas que cumplieron con los criterios de inclusión para así obtener una muestra significativa y el estudio tenga mayor validez. El total de historias revisadas fue de 110, de las cuales solo 14 cumplieron con los criterios de inclusión y son la población utilizada en este estudio.

V.5.- Operacionalización de variables.

DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL , INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	TECNICA E INSTRUMENTO
VARIABLES INDEPENDIENTES			
VARIABLES SOCIO-DEMOGRAFICAS			
Edad	Edad actual en años.	Cuantitativa discreta	Ficha de recolección de datos.
Sexo	Sexo masculino (1) o femenino (2)	Nominal categórica	Ficha de recolección de datos.
VARIABLES CLINICAS			
Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)	Trastorno psiquiátrico según criterios y codificación CIE-10. Dos alternativas con TOC (1) o sin TOC (2).	Nominal categórica	Ficha de recolección de datos.
Síntomas obsesivo-compulsivos (SOC)	Dos o más síntomas obsesivo-compulsivos que no cumplen criterios para un trastorno según el CIE-10. Dos alternativas con SOC (1) o sin SOC (2). Tipos de Obsesiones: contaminación (1), agresividad (2), sexuales (3), de acumulación (4), religiosas (5), de simetría y exactitud (6), somáticas (7) , otras obsesiones (8). Tipos de Compulsiones: reaseguramiento (1) , lavado y limpieza (2), rituales de repetición (3), orden y organización (4), conteo (5), coleccionar objetos (6), rituales mentales distintos al de reaseguramiento o conteo (7), otras compulsiones (8).	Nominal categórica	Ficha de recolección de datos.
VARIABLES DEPENDIENTES			
VARIABLES SOCIO-DEMOGRAFICAS			
Nivel de instrucción	Analfabeto (1), primaria (2), secundaria (3).	Nominal ordinal	Ficha de recolección de datos.
VARIABLES CLINICAS			
Esquizofrenia.	Trastorno psiquiátrico según criterios y codificación CIE-10.	Nominal	Ficha de recolección de datos.
Relación temporal.	Cuando se presentaron los síntomas obsesivo-compulsivos o el	Nominal	Ficha de recolección de datos.

	trastorno obsesivo-compulsivo, en relación al inicio de la esquizofrenia. Tres posibilidades: antes (1), junto (2) o después (3).		
Funcionamiento social.	Nivel de actividad del paciente en la esfera social. Tres posibilidades: estudia (1), trabaja (2), no realiza ninguna actividad productiva (3).	Nominal	Ficha de recolección de datos.

V.6.- Procedimiento de recolección de datos.

Se revisaron todas las historias clínicas de pacientes adolescentes, entre 12-17 años, atendidos en la DEIDAE de Niños y Adolescentes del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” con un diagnóstico de esquizofrenia durante el periodo Enero, 2005-Enero, 2010 y se obtuvo un total de 110 historias que cumplían los criterios diagnósticos para esquizofrenia, de las cuales solo 14 historias clínicas presentaban SOC o cumplían criterios de TOC. Los datos de estas 14 historias clínicas fueron recolectados usando la ficha de recolección de datos elaborada por el autor (ver anexos). La recolección de datos se dio entre los meses de Julio y Agosto del 2011, en las instalaciones del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”

V.7.- Instrumentos a utilizar.

Se uso la ficha de recolección de datos elaborada por el autor (Ver anexos)

V.8.- Aspectos Éticos.

Se solicito la autorización respectiva a la Dirección General, a la DEIDAE de Niños y Adolescentes y a la Oficina de Estadística del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” para la revisión de las historias clínicas y se aseguro la confidencialidad de los datos, además el proyecto fue evaluado por el Comité de Ética del Instituto, obteniéndose su aprobación y consentimiento para su ejecución. El estudio realizado no constituye riesgo para la salud de las pacientes.

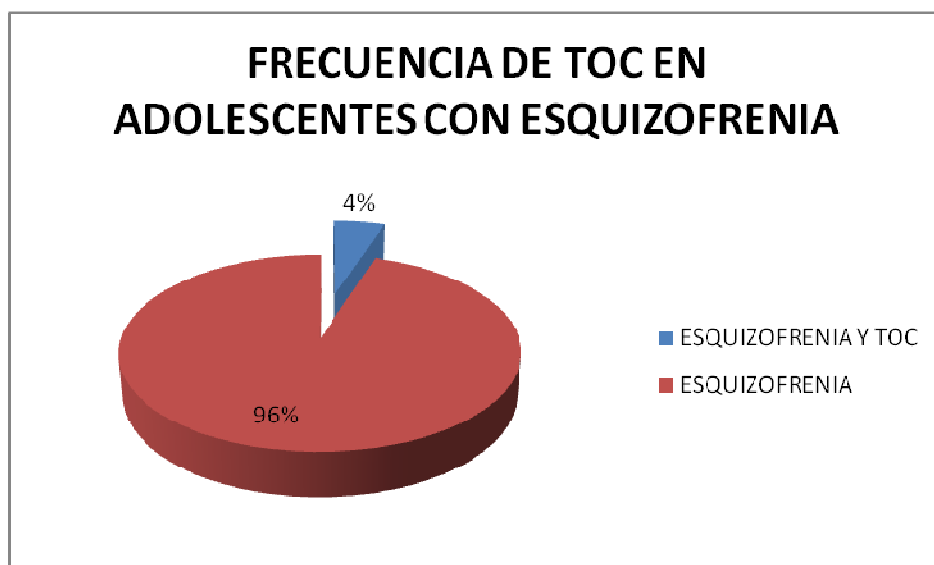
VI.- PROCEDIMIENTO DE ANALISIS DE RESULTADOS.

Los datos fueron recogidos en la ficha de recolección de datos, tabulados en un libro de códigos y ordenados en una PC Pentium IV. El análisis estadístico se realizó en el programa SPSS versión 19.0 y se usó la prueba estadística del Chi cuadrado para el análisis de las variables (que en su mayoría eran cualitativas). Se utilizó un intervalo de confianza del 95% y un margen de error del 5%. Para las gráficas de los resultados, se emplearon gráficas de barras o circulares, dependiendo de las variables a correlacionar.

VII.- RESULTADOS.

En la gráfica N° 1 se observa la frecuencia de adolescentes esquizofrénicos con TOC. De las 110 historias clínicas revisadas, 5 cumplían criterios de TOC, que representa el 4 % del total de pacientes adolescentes esquizofrénicos.

GRAFICO N° 1



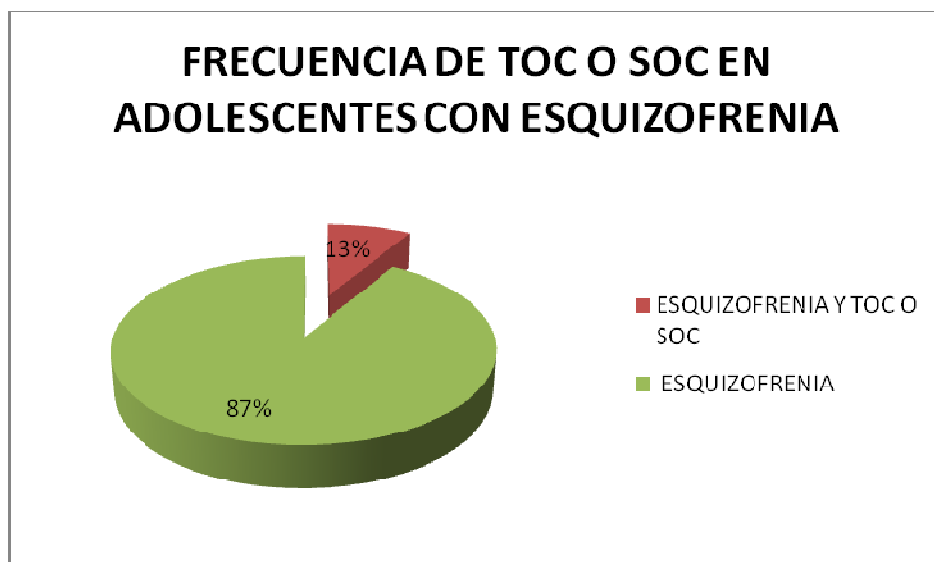
En la gráfica N° 2 se observa la frecuencia de adolescentes esquizofrénicos con SOC. De las 110 historias clínicas revisadas, 9 presentaban SOC, que representa el 8 % del total de pacientes adolescentes esquizofrénicos.

GRAFICA N° 2



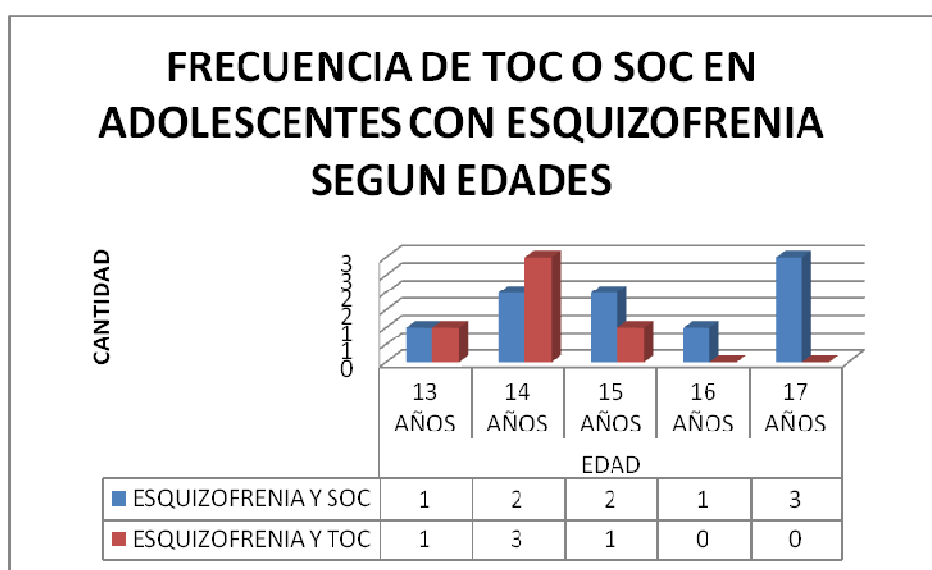
En la grafica N° 3 se observa la frecuencia de adolescentes esquizofrénicos con TOC o SOC. De las 110 historias clínicas revisadas, 14 pacientes cumplían criterios de TOC o presentaban SOC, que representa el 13 % del total de pacientes adolescentes esquizofrénicos.

GRAFICA N°3



En la grafica N° 4 se observa la edad de los adolescentes esquizofrénicos con TOC o SOC. Se encontró que en los pacientes adolescentes esquizofrénicos con TOC la edad más frecuente fue de 14 años, siendo el promedio de edad también de 14 años. En los pacientes adolescentes esquizofrénicos con SOC la edad más frecuente fue de 17 años, siendo el promedio de edad de 16 años. En cuanto a la edad más frecuente en ambos grupos de pacientes adolescentes esquizofrénicos con TOC o SOC, esta fue de 14 años siendo el promedio de edad de ambos grupos de 15 años.

GRAFICA N° 4

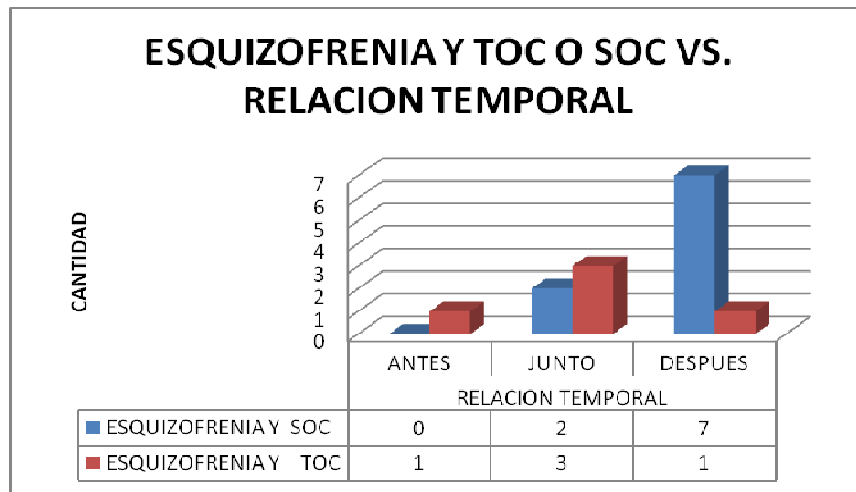


En cuanto al sexo de los adolescentes con esquizofrenia y TOC o SOC, salvo una adolescente esquizofrénica con TOC, el resto de la muestra fue del sexo masculino.

En cuanto al nivel de instrucción de los adolescentes con esquizofrenia y TOC o SOC, salvo una adolescente esquizofrénica con SOC, el resto de la muestra poseía en el momento del estudio un nivel de instrucción secundario.

En la grafica N° 5 se observa la relación temporal entre los adolescentes esquizofrénicos con TOC o SOC. Se encontró que en los pacientes adolescentes esquizofrénicos con TOC la mayoría de ellos presentaron el cuadro de TOC al mismo tiempo que el de esquizofrenia, mientras que en los adolescentes esquizofrénica con SOC, casi todos presentaron los síntomas después del diagnostico de esquizofrenia.

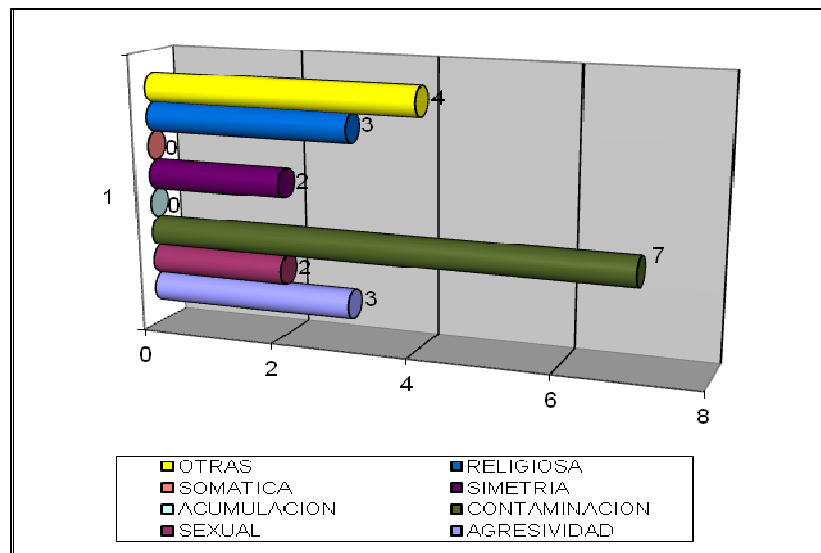
GRAFICA N° 5



En la grafica N° 6 se observan las obsesiones más frecuentes en los adolescentes esquizofrénicos con TOC o SOC. Se encontró que la obsesión más frecuente es la de contaminación, seguido de las de agresividad y religiosa.

GRAFICA N° 6

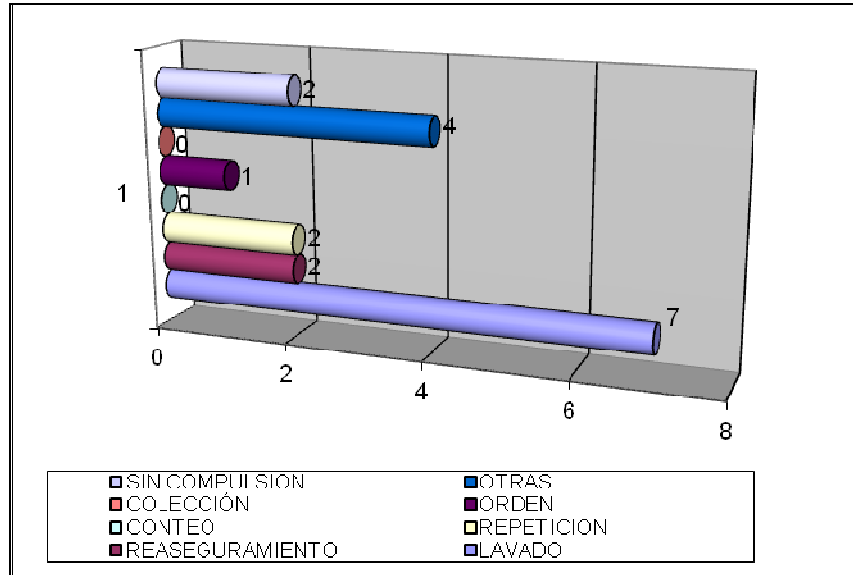
TIPO DE OBSESIONES MÁS FRECUENTES



En la grafica N° 7 se observan las compulsiones más frecuentes en los adolescentes esquizofrénicos con TOC o SOC. Se encontró que la compulsión más frecuente es la de limpieza, seguido de otro tipo de compulsiones.

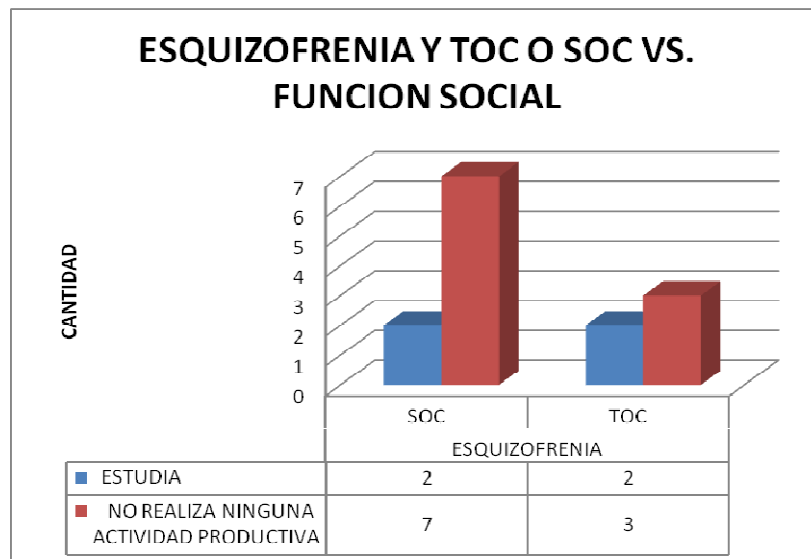
GRAFICA N° 7

TIPO DE COMPULSIONES MÁS FRECUENTES



En la grafica N° 8 se observa el funcionamiento social en los adolescentes esquizofrénicos con TOC o SOC. En ambos grupos de pacientes (con TOC o SOC) la mayoría de ellos no realizaba ninguna actividad productiva.

GRAFICO N° 8



VIII.- DISCUSION.

En nuestro estudio se encontró que la frecuencia de adolescentes con esquizofrenia y TOC o SOC fue de 13% que es similar al encontrado por Rable-Jabonska y col. en el 2001, que reportaron un 13% de adolescentes con esquizofrenia que también cumplían criterios para TOC¹⁶, otros estudios como el de Nechmad y col. en el 2003, hallaron una frecuencia de alrededor del 25%¹⁴. La frecuencia hallada en este estudio está dentro del promedio de frecuencia que reporta la literatura (10-25%)⁴ y que indica que la frecuencia de esta asociación no es nada despreciable.

En cuanto a la edad hallada en nuestra muestra de estudio esta fue en promedio de 15 años, muy similar a la hallada en otros estudios que reportan un promedio de edad de 16 años^{2,4}. Se encontró que el sexo masculino fue el predominante en nuestra estudio al igual que lo reportado en otros estudios^{2, 4,14}. En cuanto al nivel de instrucción se encontró que casi todos se encontraban cursando el nivel secundario o habían llegado a este nivel de instrucción, lo cual era correspondiente para el grupo etareo, no hubo reportes al respecto de este dato en otros estudios.

Al describir la relación temporal entre la esquizofrenia y el TOC o SOC, en nuestro estudio se encontró , que en los pacientes adolescentes con esquizofrenia el TOC se había presentado conjuntamente con el cuadro de esquizofrenia , lo cual es un dato de importancia debido a que esto dificulta y enmascara el diagnostico de ambas entidades , generando que los psiquiatras puedan erróneamente diagnosticar solo una de ambas entidades con el consiguiente error en el tratamiento y la falta de respuesta originada a partir de estos errores. En el grupo de adolescentes con esquizofrenia y SOC se encontró que casi todos habían desarrollado los síntomas luego de la aparición del cuadro esquizofrénico, lo cual podría ser asociado con una forma sindromica de presentación distinta a la esquizofrenia pura^{15, 17} o a un efecto del uso de antipsicóticos atípicos asociado a la aparición de síntomas obsesivo-compulsivos. Nuestros hallazgos en la relación temporal difieren de los hallazgos de Poyurovsky y col. en el 2006, que el mayor porcentaje de los SOC precedieron o co-ocurrieron con el inicio de la esquizofrenia y más de la mitad de los pacientes en que los SOC precedieron al inicio de la esquizofrenia fueron diagnosticados como TOC puros².

Las obsesión más frecuente halladas en nuestro estudio fue la de contaminación, que es equivalente a la hallada en otros estudios^{1,2} , seguida de las obsesiones de agresividad y contenido religioso y la compulsión más frecuente, en concordancia con la obsesión mas frecuente, fue la de limpieza, lo cual también fue equivalente a lo hallado en otros estudios^{1,2}.

En el funcionamiento social, se encontró en el estudio que más del 50% de los pacientes adolescentes con esquizofrenia y TOC o SOC, no realizaba ninguna actividad productiva (no trabajaban ni estudiaban), esto puede asociarse con los hallazgos en otros estudios que reportan que este grupo tiene pobres resultados, déficits severos de conductas sociales y menor funcionamiento¹². De hecho los pacientes con esquizofrenia y TOC tienen significativamente más hostilidad social que los pacientes con esquizofrenia, son más afectados por la ansiedad y demuestran más conductas que impiden el progreso en su tratamiento (consumo de cigarrillos, problemas de conducta alimentaria, problemas del sueño)⁶; esto da como resultado menor capacidad de autocuidado, más demanda de atención y menor rendimiento en cualquier actividad laboral o de estudios.

El hallazgo más importante de nuestro estudio es la alta frecuencia de la coexistencia de esquizofrenia y TOC o SOC en la población adolescente. No se obtuvo una asociación significativamente estadística en el análisis de las otras variables. Este estudio tiene limitaciones en cuanto al número de la muestra, la cual se podría ampliar para obtener una asociación estadísticamente significativa, además la falta de claridad en el diagnóstico de muchas historias disminuyó el número de la muestra.

IX.- CONCLUSIONES.

- 1.- Se halló en el estudio una frecuencia alta de la coexistencia de TOC o SOC en adolescentes con esquizofrenia, que fue del 13%.
- 2.- En nuestro estudio se encontró que más del 50% de la población estudiada, no realizaba ninguna actividad productiva (no estudiaba ni trabajaba).

X.- RECOMENDACIONES.

- 1.- Al evaluar adolescentes con esquizofrenia es importante que se descarte la presencia de TOC o SOC, debido a su alta frecuencia.
- 2.- En los estudios de prevalencia de enfermedades psiquiátricas en nuestro país, se debería incluir, al investigar sobre esquizofrenia, la coexistencia con SOC o TOC.

XI.- BIBLIOGRAFIA

1. Poyurovsky, , Weizman, A., Weizman, A. Obsessive–compulsive disorder in schizophrenia: clinical characteristics and Treatment. *CNS Drugs*, 2004; 18, 989–1010.
2. Poyurovsky, M., Faragian, S., Shabeta, A., Kosov, A. Comparison of clinical characteristics, co-morbidity and pharmacotherapy in adolescent schizophrenia patients with and without obsessive–compulsive disorder. *Psychiatry Research* 159 (2008) 133–139.
3. Poyurovsky, M., Fuchs, C., Faragian, S., Kriss, V., Weisman, G., Pashinian, A., Weizman, R., Weizman, A. Preferential aggregation of obsessive–compulsive spectrum disorders in schizophrenia patients with obsessive–compulsive disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2006; 51, 746–754.
4. Faragian, S., Kurs, R., Poyurovsky, M. Insight into Obsessive-Compulsive Symptoms and Awareness of Illness in Adolescent Schizophrenia Patients with and without OCD. *Child Psychiatry*. 2008; 39, 39-48.
5. Niendman, T., Berzak, J., Cannon, T., Bearden, C. Obsessive compulsive symptoms in the Psychosis Prodrome: Correlates of clinical and functional outcome. *Schizophrenia Research*. 2009; 108(1-3): 170-175.
6. Poyurovsky, M., Hramenkov, S., Isakov, V., Rauchverger, B., Modai, I., Schneidman, M., Fuchs, C., Weizman, A., Obsessive–compulsive disorder in hospitalized patients with chronic schizophrenia. *Psychiatry Research*. 2001; 102, 49–57.
7. Gulec, G., Gunes, E., Yenilmez, C. Comparison of patients with schizophrenia, obsessive-compulsive disorders, and schizophrenia with accompanying obsessive-compulsive symptoms. *Turkish Journal of Psychiatry*. 2008, 19(3).
8. Loyzaga, C., Nicolini, H., Fresan, A. Una aproximación al fenómeno esquizo-obsesivo. *Salud Mental*. 2002; Vol. 25, Nº 3.
9. Poyurovsky, M., Fuchs, C., Weizman, A. Obsessive–compulsive disorder in patients with first-episode schizophrenia. *American Journal Psychiatry*. 1999; 156, 1998–2000.
10. Sevincok, L., Akoglu, A., Arslantas, H. Schizo-obsessive and obsessive–compulsive disorder: comparison of clinical characteristics and neurological soft signs. *Psychiatry Research*. 2006; 145, 241–248.

11. De Haan, L. Hoogenboom, Britt. Beuk, Nico. Obsessive-compulsive symptoms and positive, negative and depressive symptoms in patient with recent-onset schizophrenic disorders. *Canadian Journal Psychiatry*. 2005; Vol. 50 Nº 9.
12. Whitney, K. Fastenau, P. Evans, J. Comparative neuropsychological function in obsessive-compulsive disorders and schizophrenia with and without obsessive-compulsive symptoms. *Schizophrenia Researchs*. 2004; 69, 75-83.
13. Byerly, M. Goodman, W. Acholonu, W. Bugno, R. Obsessive compulsive symptoms in schizophrenia: frequency and clinical features. *Schizophrenia Researchs*. 2005; 76, 309-316.
14. Nechmad, A., Ratzoni, G., Poyurovsky, M., Meged, S., Avidan, G., Fuchs, C., Bloch, Y., Weizman, R. Obsessive-compulsive disorder in adolescent schizophrenia patients. *American Journal of Psychiatry*. 2003; 160, 1002-1004.
15. Toro Martínez. Esquizofrenia con síntomas obsesivos compulsivos o el grupo de las Esquizofrenias Esquizoobsesivas: características clínicas y pronósticas. *Revista Argentina de Psiquiatría*. 2008; Vol. 19, 114-122.
16. Rabe-Jablonska, J. Obsessive-compulsive disorders in adolescents with diagnosed schizophrenia. *Psychiatr Pol*. 2001 Jan-Feb; 35(1):47-57.
17. Bottas A, Cooke R, Richter M. Comorbidity and pathophysiology of obsessive-compulsive disorder in schizophrenia: Is there evidence for a schizo-obsessive subtype of schizophrenia? *J Psychiatry Neurosci* 2005; 30 (3): 187-193.
18. Ohta M, Kokai M, Morita Y. Features of obsessive-compulsive the disorder in patients primarily diagnosed with schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2003 Feb; 57 (1): 67-74.
19. Vallejo Ruiloba, J. Berrios, German. Estados Obsesivos. Editorial Masson. Tercera edición. Barcelona, 2006.
20. Sadock James, B. Sadock Alcott, V. Sinopsis de Psiquiatría: Ciencias de la conducta y Psiquiatría clínica. Editorial Williams and Wilkins. Decima edición. Barcelona, 2009.
21. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid, 1992.
22. Estudio epidemiológico metropolitano en salud mental 2002. INSM "HD-HN".

23. Estudio epidemiológico de salud mental en la sierra peruana 2003. INSM “HD-HN”.

24. Estudio epidemiológico de salud mental en la selva peruana 2004. INSM “HD-HN”.

ANEXOS

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

I.- Datos socio-demográficos

- Edad: _____
- Sexo: 0 Masculino 1 Femenino
- Nivel de instrucción: 0 Primaria 1 Secundaria 2 Analfabeto

II.- Datos clínicos:

- Presencia de Trastorno obsesivo-compulsivo:
0 Si
1 No
- Presencia de Síntomas obsesivo-compulsivos:
0 Si
1 No
- Tipos de obsesiones:
0 Agresividad.
1 Sexuales.
2 Contaminación.
3 Acumulación.
4 Simetría y exactitud.
5 Somáticas.
6 Religiosas.
7 Otras obsesiones, especificar:
- Tipos de compulsiones:
0 Lavado y limpieza.
1 Reaseguramiento.
2 Rituales de repetición.
3 Conteo.
4 Orden y organización.
5 Colección de objetos.
6 Rituales mentales distintos al de reaseguramiento o conteo.
7 Otras compulsiones, especificar:
- Relación temporal:
Los SOC o el TOC se presentaron:
0 Antes del inicio de la esquizofrenia.
1 Junto al inicio de la esquizofrenia.
2 Después del inicio de la esquizofrenia.
- Funcionamiento social:
0 Estudia.
1 Trabaja.
2 No realiza ninguna actividad productiva.